

Année 1884

THÈSE

N°

314

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1884, à 1 heure,

PAR M. MANUEL GONZALÈZ,

Né à la Havane (Ile de Cuba), le 15 mai 1856.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE

L'IGNIPUNCTURE DU COL DE L'UTÉRUS

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : MM.

{	BALL, professeur,
	HALLOPEAU, HANOT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BÉCLARD.	MM.
Professeurs.....		
Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BÉCLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		N.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		PETER.
		DAMASCHINO.
		GUYON.
Pathologie chirurgicale.....		DUPLAY.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		ROBIN.
Opérations et appareils.....		N.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		BOUCHARDAT.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies de femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		VULPIAN.
		SEE (G.).
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HARDY.
		POTAIN.
		N.
Clinique des maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....		RICHEL.
		LE FORT.
Clinique chirurgicale.....		VERNEUIL.
		TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchements.....		PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHEL.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
des travaux	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
anatomiques.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
GUEBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN. ●

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MIS QUERIDOS PADRES

Jamas olvidaré los sacrificios que
por mi os habeis impuesto

A SON EXCELLENCE M. MANUEL SILVELA

Ambassadeur d'Espagne à Paris.

Témoignage de ma reconnaissance.

A M. LE DUC DE FRIAS

Témoignage de gratitude.

A M. LE DOCTEUR MANUEL J. CAÑIZARES

Professeur de physique à l'Université de la Havane.

A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE DOCTEUR CHÉRON

Médecin à Saint-Lazare,
Professeur libre de gynécologie.

A MON PREMIER MAITRE DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin à l'hôpital Cochin.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES AMIS

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE

L'IGNIPUNCTURE DU COL DE L'UTÉRUS

Quod remedium non sanat; ferrum sanat;
quod ferrum non sanat; ignis sanat; quod
ignis non sanat, insanabile dici debet.

HIPPOCRATE. (*Aphorismes.*)

INTRODUCTION.

Depuis que nous suivons la clinique de maladies de femmes de notre savant maître M. le Dr Chéron, nous avons eu souvent l'occasion de constater les excellents résultats de l'ignipuncture appliquée sur le col de la matrice, dans certaines affections de cet organe; nous avons vu aussi, dans les hôpitaux, des femmes affectées d'accidents plus ou moins graves, quelquefois même mortels, à la suite d'une semblable intervention.

Ces accidents qu'on a vu et qu'on voit souvent apparaître à la suite d'une cautérisation ignée, sont dus à la manière défectueuse de son application. On sait combien l'ignipuncture du col est employée aujourd'hui, et nous pouvons dire qu'elle règne sans partage dans la thérapeutique des maladies utérines, et qu'il y a des praticiens qui l'appliquent à toutes les affections de cet organe, à la façon d'une panacée universelle, sans obéir à aucune règle.

L'ignipuncture, quand elle est appliquée en suivant certaines précautions et en entourant les malades de certains soins, n'est jamais suivie de complications. Aussi avons-nous cru qu'il ne serait pas sans intérêt d'attirer l'attention sur les bons résultats de cette méthode thérapeutique, d'indiquer les états morbides de la matrice où elle peut être appliquée, ou les indications ainsi que les contre-indications.

Avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis d'adresser nos sincères remerciements à notre savant maître M. le D^r Chéron pour les bons conseils qu'il nous a donnés pendant le cours de notre travail.

Que M. le D^r Dujardin-Beaumetz reçoive également l'expression de notre sincère reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant le cours de nos études.

Nous prions M. le professeur Brouardel, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de recevoir l'hommage de notre profonde gratitude.

DIVISION DE NOTRE SUJET.

1^o Nous commencerons notre travail par l'histoire de la cautérisation du col de l'utérus avec les caustiques chimiques, le cautère actuel, et au moyen de l'ignipuncture, en insistant particulièrement sur cette dernière;

2^o Nous étudierons le manuel opératoire de l'ignipuncture ainsi que les instruments nécessaires pour la pratiquer, et les soins à donner aux malades avant et après l'opération;

3^o Ensuite, nous décrirons les effets physiologiques et thérapeutiques que l'ignipuncture exerce sur l'utérus;

4° Dans un dernier chapitre, nous donnerons les indications et les contre-indications de cette méthode.

HISTORIQUE.

DES CAUTÉRISATIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

Caustiques chimiques. On peut affirmer que l'emploi des caustiques dans les maladies de la matrice ne date que de la découverte du spéculum par Récamier, en 1801. Avant cette époque, on ne trouve dans les anciens auteurs que très peu de renseignements sur ce sujet.

D'après les recherches de Cohnestein, Hippocrate et Galien se sont servis des caustiques liquides dans le traitement de certaines affections de la matrice.

A peine pourrait-on affirmer que Celse les préconise dans le traitement des ulcères qui accompagnent la chute de cet organe. A la fin du siècle dernier, Percy en conseille l'usage, mais sans les avoir employés. Ainsi, ce n'est qu'à partir de Récamier que l'on commence à faire un emploi méthodique des caustiques dans le traitement des affections utérines. En 1801, pour s'opposer aux progrès des ulcères de la matrice, Récamier avait imaginé de porter sur le col de cet organe, au moyen d'un tube d'étain gros comme le doigt et long de quatre pouces, des pinceaux trempés dans du miel rosat et dans du laudanum; c'est à ces pansements qu'il a cru devoir attribuer la prolongation de la vie de plusieurs femmes affectées de cancers du col de la matrice. Il pensait bien aux caustiques, à cette époque, mais il recula devant l'idée de porter des substances corrosives sur l'utérus.

Peu de temps après, Bayle, dans son article: Caneer, du

Dictionnaire des sciences médicales, proposa d'appliquer la pâte arsenicale sur les ulcères cancéreux de l'utérus et de détruire ainsi la surface malade. Pendant que Bayle conseillait ainsi les caustiques théoriquement, ils étaient déjà appliqués par Récamier. La crainte qui l'avait retenu jusqu'alors céda devant le cas suivant : En 1801, une malade affectée de végétations cancéreuses du col avait été deux fois opérée par Dupuytren sans résultat. Récamier voyant le peu de succès de ces ablations, entreprit d'essayer l'application des caustiques au moyen de son spéculum perfectionné. Il toucha d'abord les végétations avec de la potasse caustique; cette cautérisation ne fut suivie d'aucun accident; les suivantes furent faites avec une solution de nitrate acide de mercure et il cautérisa une trentaine de fois. L'état de la malade s'améliora et la marche de l'affection fut enrayée momentanément.

Telle fut la route indiquée et suivie bientôt par Dupuytren, par Lisfranc, par M^{me} Boivin, qui se montre moins prodigue de ce moyen de traitement; par Ricord et Delmas, qui, l'un à l'hôpital des vénériens à Paris, et l'autre à Montpellier, appliquent la cautérisation aux ulcères vénériens du col de la matrice.

On employa les caustiques les plus variés, tantôt liquides, tantôt solides, la plupart complètement abandonnés aujourd'hui. Nous les rappellerons seulement pour mémoire, ce sont : la pâte arsenicale; la potasse caustique; les acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique; les chlorures d'antimoine et de bismuth; le nitrate acide de mercure très employé par Lisfranc et encore aujourd'hui en usage. Les plus employés actuellement sont : le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, la pâte de Canquoin, le caustique de Filhos, l'acide chromique, la teinture d'iode, le perchlorure de fer.

Mais ces caustiques, quelque précaution qu'on emploie pour s'en servir, ont toujours de grands inconvénients : d'abord, il est difficile de préciser la profondeur à laquelle ils agissent, ainsi que de les empêcher de couler au-dessous du point d'application et on ne peut avoir la certitude que les surfaces saines échappent à leur action ; en outre, il y en a quelques-uns d'entre eux produisant des accidents qui peuvent devenir graves : ainsi nous voyons le nitrate acide de mercure provoquer chez quelques femmes une salivation incommode et rebelle, et quelquefois le ramollissement des gencives, des aphtes, des ulcérations, en un mot tout le cortège des symptômes de la stomatite mercurielle. Aussi son usage est des plus restreint.

Cautère actuel. — L'usage du cautère actuel dans le traitement des affections du col de l'utérus est de date récente. C'est en vain que l'on chercherait dans l'antiquité des indices sur l'emploi de cette médication. Hippocrate, Galien, Arétée donnent un tableau assez fidèle des diverses lésions que l'on peut remarquer sur cet organe, mais leur traitement ne consistait qu'en l'application d'onguents, poudres, pommades, sans qu'il soit question du cautère actuel ; Aétius ne dit que quelques mots sur ce genre de maladies. Paul d'Egine, plus explicite, ne mentionne pas le cautère actuel dans le traitement des maladies de la matrice. L'idée première se trouverait à la rigueur dans Celse.

Le fer rouge est préconisé par cet auteur contre les fungus qui accompagnent la chute de l'utérus, mais peut-on en conclure qu'il l'eût employé dans d'autres lésions de cet organe non accompagnées de ces productions pathologiques ? (Celse, livre VI, page 199.)

Les Arabes, qui faisaient un plus grand usage du cautère actuel, le conseillaient dans les maladies de la vulve, mais en échange ils en interdisaient l'usage dans les affections de la matrice et surtout dans le cancer. Voici comment s'exprime Albucacis : « Cum vero est aposthema cancrosum in matrice ne ferro tangas ni qui enim omnino ferri ussus in cancroso aposthema matricis. » (De affection mulierum, libri græcorum a arabicorum, latinorum. Israe Spachius, medicinæ dr ; 442.)

Rhazès, Avicenne, Fabrice d'Aquapendente n'ont rien dit sur ce sujet. Marc-Aurèle Severin, dont l'enthousiasme pour le fer rouge était si grand, néglige aussi d'en parler relativement aux maladies de l'utérus, après l'avoir vanté dans d'autres affections. Pouteau, son imitateur, croyait que le fer ne peut ni ne doit atteindre les cancers de l'utérus (Œuvres posthumes). Percy, à la fin du siècle dernier, avait émis l'idée qu'on pouvait se servir avec avantage de cette médication, mais sans l'avoir employée lui-même ; voici comment il s'exprime : « Ne pourrait-on pas dans certaines affections malignes et rebelles du vagin et du col de l'utérus faire usage du fer, soit pour dessécher, soit pour brûler réellement. » (Pyrotechnique, page 266.)

Comme on le voit ces indications étaient très vagues, mais c'est à cet auteur qu'on doit rattacher la première mention sérieuse sur l'application du cautère actuel dans les affections du col de la matrice. Le baron Larrey vient ensuite et pratique la cautérisation avec le fer rouge dans le cas d'ulcères et surtout d'ulcères cancéreux de cet organe. Mais ces deux jalons jetés dans la science, la cautérisation au fer rouge appliquée aux affections utérines eut, comme tout nouveau moyen thérapeutique ses adeptes et ses adversaires ; et après avoir été employée pendant quelque temps, elle finit par tomber dans l'oubli jusqu'à 1833,

époque à laquelle elle fut reprise par Jobert de Lamballe et érigée en méthode. C'est à ce chirurgien distingué que revient l'honneur d'avoir enrichi la thérapeutique gynécologique d'un moyen de traitement aussi efficace et aussi puissant. Il nous a donné tous les détails relatifs à son application, il nous a démontré qu'elle est indolente, qu'elle abrège généralement la durée d'un certain nombre d'affections inflammatoires chroniques soit de l'utérus en totalité, soit de son col.

Depuis cette époque elle a passé dans la pratique courante, chacun en use largement, je dirai même en abuse, et il n'est pour ainsi dire pas de maladies du col de l'utérus où on ne l'ait employée à la façon d'une panacée universelle comme si un même traitement pouvait être appliqué avantageusement à des maladies différentes par leur nature, leur manière d'être, leur terminaison, et qui n'ont véritablement de commun que le siège.

Nous n'entrerons pas dans une description détaillée de divers instruments employés pour la cautérisation actuelle; nous les rappellerons en passant. Jobert se servait du simple cautère à boule chauffé au rouge par les moyens les plus simples; il en avait fait construire de diverses formes, selon la variété des besoins, tels étaient les cautères en roseaux, conique, en rondache, circulaire, nummulaire, olivaire, etc., etc. Aujourd'hui, on emploie aussi le cautère à gaz, le galvanocautère, le thermocautère.

Mais la cautérisation du col de l'utérus par le cautère actuel, qu'elle fût pratiquée soit avec le cautère à boule simple, soit avec le thermocautère, soit qu'elle fût inhérente, transcurrente ou objective, était seulement révulsive et peu destructive; M. le professeur Richet, en 1847, en imaginant l'ignipuncture, a ajouté à ces actions destructi-

ves et révulsives du cautère actuel, l'action limitante et éliminatrice de l'ignipuncture.

L'historique général de l'ignipuncture ne rentrant pas dans notre sujet, nous ne nous occuperons que de la partie qui se rapporte à la gynécologie.

L'ignipuncture, ce genre spécial de cautérisation qui consiste dans l'introduction dans des tissus vivants d'une pointe de fer effilée et chauffée au rouge cerise, et au moyen de laquelle on détermine une action substitutive très peu destructive, mais surtout *limitante* et *éliminatrice*, a été imaginée par M. le professeur Richet en 1847, et depuis appliquée à une grande quantité d'affections diverses. Son emploi dans les maladies de la matrice est de date récente, et le premier travail dans lequel il soit question de l'application de l'ignipuncture, aux affections utérines, est celui du Dr Trapenard, qui, dans son travail inaugural sur l'ignipuncture, a émis l'idée qu'on pourrait se servir de ce genre spécial de cautérisation dans le traitement de certains allongements hypertrophiques du col utérin. Mais le premier travail sérieux paru sur cet intéressant sujet est celui de M. le professeur Courty, qui, en 1876, fit au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Clermont-Ferrand, une communication sur l'emploi de l'ignipuncture dans le traitement des métrites chroniques. Mais selon le Dr Caron, MM. Gallard et Siredey l'employaient bien longtemps avant cette communication dans leurs services. Nous pouvons, pour notre part, dire que notre maître le Dr Cheron employait aussi cette méthode dans son service à Saint-Lazare bien longtemps avant ladite communication et avec de bons résultats, et nous pouvons dire que c'est lui le premier qui a appliqué d'une façon méthodique et rationnelle l'ignipuncture dans la thérapeutique gynécologique.

Depuis, quelques travaux ont paru sur ce sujet : en 1881, la thèse du D^r Caron sur le traitement de la métrite parenchymateuse par l'ignipuncture, et dans la même année a paru dans les « Annales de gynécologie » un travail du D^r Olivier, alors interne de M. Gallard, sur les indications de l'ignipuncture dans la métrite.

Aujourd'hui, cette méthode de cautérisation tout à fait française s'est généralisée dans la pratique gynécologique aussi bien en France qu'à l'étranger, et elle est employée aujourd'hui en Angleterre, en Amérique et en Allemagne.

L'ignipuncture employée contre certains états pathologiques de la matrice est un excellent moyen de traitement, quand elle est pratiquée suivant certaines règles qui doivent diriger la conduite du chirurgien, aussi bien avant l'opération qu'après celle-ci ; et c'est soit pour avoir oublié ces préceptes, soit pour les avoir méconnus et avoir appliqué l'ignipuncture quelquefois à la légère, qu'on a vu et qu'on voit très souvent des accidents graves survenir à la suite d'une cautérisation ignée. Nous sommes convaincu qu'on voit rarement survenir ces accidents quand l'application en a été faite suivant les principes que nous allons poser.

Nous allons décrire dans le précédent chapitre : 1° les soins à donner aux malades avant de pratiquer l'opération ; 2° le manuel opératoire ; et 3° les soins consécutifs après l'opération.

SOINS A DONNER AUX MALADES AVANT DE PRATIQUER L'IGNIPUNCTURE DU COL.

Nous verrons plus loin, en parlant des contre-indications, qu'on ne doit jamais pratiquer l'ignipuncture lorsqu'on se trouve en présence d'une inflammation péri utérine,

sous peine de voir celle-ci se propager au péritoine; mais cette inflammation n'est pas toujours facile à reconnaître. Ainsi conseillons-nous avant de pratiquer l'ignipuncture de faire à la malade des pansements glycélinés qui non-seulement ont pour objet de dissiper l'inflammation péri-utérine, si elle existe, mais en outre de décongestionner l'organe.

Ces pansements se font avec de la glycérine pure marquant 30° à l'aréomètre Baumé. Notre maître le D^r Chéron a démontré par une expérience faite en 1878, à l'Ecole pratique, dans un cours libre de gynécologie, le pouvoir osmotique de cette substance.

Voici en quoi consiste cette expérience : il introduit dans une vessie surmontée d'un tube en verre une certaine quantité de glycérine et place cette vessie dans un vase contenant de l'eau ; au bout de quelques minutes l'eau traverse la vessie en telle abondance, que le liquide s'écoule bientôt par l'extrémité supérieure du tube en verre.

M. Chéron a appliqué ce pouvoir osmotique à la glycérine pure marquant 30° à l'aréomètre Baumé dans la congestion de l'utérus et a obtenu des résultats excellents. Le pansement à la glycérine se fait de la façon suivante : un tampon de ouate ou de charpie est imbibé de glycérine pure et rectifiée et placé sur le col mis à découvert au moyen du spéculum. Ce tampon est gardé par la malade environ douze à dix-huit heures. La glycérine exerce son pouvoir osmotique à travers les parois du vagin, et attire en dehors la partie liquide contenue dans les tissus utérins engorgés; de cette façon elle emprunte aux tissus enflammés à peu près dix fois son volume de liquide; c'est-à-dire qu'un pansement qui renferme quarante grammes de glycérine, amènerait l'exsudation de quatre cents grammes d'un liquide aqueux contenant quelques

sels et très peu d'albumine. Sous l'influence de ces pansements pratiqués pendant quinze à vingt jours, l'utérus se décongestionne, et s'il y a quelque trace d'inflammation péri utérine on la verra disparaître, et l'ignipuncture pourra alors être pratiquée sans crainte de voir survenir des complications.

MANUEL OPÉRATOIRE.

La femme étant placée comme pour l'examen au spéculum, c'est-à-dire couchée sur le dos, le bassin un peu relevé, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, on introduit le spéculum en ayant soin de faire saillir le col dans son aire, qu'aucun repli du vagin ne s'y présente avec lui; car si on cautérisait le vagin on s'exposerait à des accidents de plusieurs sortes, par exemple, l'inflammation et sa propagation au péritoine ou à la formation des brides cicatricielles qui pourraient occasionner le rétrécissement de ce conduit.

Quant au choix du spéculum à employer, on a conseillé de se servir des spéculums faits avec des substances mauvaises conductrices du calorique, mais dans l'ignipuncture la cautérisation se fait rapidement, de sorte que les parois d'un spéculum métallique n'ont pas le temps de s'échauffer suffisamment pour que le rayonnement s'étende jusqu'à la muqueuse vaginale, et faute d'autre, on peut bien se servir d'un spéculum plein en métal. M. Chéron emploie celui de Velasco (de Nice), qui est un spéculum bivalve en métal, mais qui a les avantages suivants: 1^o il présente une forme courbe qui lui permet d'arriver sur le col utérin en suivant la courbure du vagin; et par là son application est plus facile que celle des spéculums droits em-

ployés jusqu'à ce jour, avec lesquels il fallait redresser la courbure vaginale et connaître la direction du col par le toucher préalable; 2° le bout utérin taillé en bec de flûte permet de ramasser le col déplacé; 3° l'ouverture de ses valves permet aussi d'envelopper le col quel que soit son volume; 4° il porte deux petites valves de corne articulées de chaque côté de la valve supérieure et glissant sur la valve inférieure qui protègent les parois du vagin, et font de cet instrument un spéculum plein : c'est à lui que nous donnons la préférence. Le spéculum étant introduit et le col seul faisant saillie, on l'essuie avec un tampon de charpie ou de coton pour le débarrasser des mucosités; et c'est alors que commence la véritable opération.

De quel cautère est-il préférable de se servir pour la pratiquer? M. le professeur Courty se sert d'un petit cautère à boule, portant à son sommet une pointe effilée longue de deux centimètres, ce petit cautère est chauffé au moyen d'une lampe. M. Siredey emploie le galvano-cautère, que quelques gynécologistes ont aussi employé, sans le trouver supérieur au simple cautère actuel; en outre, il exige un outillage assez compliqué et peu transportable. On emploie aussi le thermo-cautère Paquelin, pour lequel M. Collin a construit des petits cautères très fins destinés à l'ignipuncture du col. Son action est la même que celle du cautère actuel, et en outre présente le grand avantage d'être plus maniable et d'effrayer moins la malade. Nous lui donnons la préférence. Ainsi, une fois le spéculum placé et le col utérin débarrassé de ses mucosités, on saisit alors de la main droite la pointe du thermo-cautère Paquelin qui doit être chauffé au rouge cerise et on la porte vivement sur le col, en la faisant pénétrer dans son épaisseur parallèlement à l'axe de sa cavité et à une profondeur variant entre 1 centimètre $1/2$ et même jusqu'à

2 centimètres 1/2. On retire aussitôt la pointe et on fait arriver un courant d'eau froide sur le col au moyen d'un siphon. Quant au nombre de fois qu'il faudra faire pénétrer la pointe ignée dans le tissu du col, il variera de 20 à 60 et même 80 et sera en rapport avec l'étendue de la lésion.

Nous ne sommes pas d'accord avec la plupart des gynécologues qui ne font pénétrer dans le col qu'un nombre limité de pointes ignées qui ne dépasse jamais de 8 à 10 ; et, sous ce point, nous suivons la pratique de notre maître, le Dr Chéron qui, dans une seule séance, applique le plus grand nombre de flèches ignées, bien entendu en rapport avec l'étendue de la lésion ; de cette façon on a une grande surface de suppuration et on évite ces séances répétées d'ignipuncture qui font plus de mal que de bien.

En résumé, on appliquera les pointes ignées sur les parties où la lésion est la plus marquée, en faisant une sorte de couronne et en ayant soin de faire arriver sur le col un courant d'eau froide après chaque introduction de la pointe ignée du thermo-cautère.

■ *Soins à donner aux malades après l'opération.* — L'opération sera immédiatement suivie d'une injection d'eau contenant en dissolution de l'acide picrique dans la proportion de 10 pour 1,000. Cette solution est non seulement anti-inflammatoire et antiseptique, mais encore elle coagulerait la matière protéique contenue dans le sang et la lymphe, si par hasard quelques vaisseaux restaient ouverts après l'opération.

On fera ensuite un pansement avec de la glycérine picrique dans la proportion de 1 pour 100 qui sera en même temps qu'une barrière destinée à s'opposer à l'entrée des germes

venus du dehors, un dépléteur de l'organe. On prescrira formellement à la malade de garder le repos au lit pendant les premiers jours de l'opération, on lui mettra de la glace sur le ventre et on administrera à l'intérieur pendant six jours des médicaments antitébriles, comme le sulfate de quinine à la dose de 0,20 centig. par jour, prise en une ou deux parties : une avant chaque repas ; on administrera aussi une potion avec de l'aconit et du bromure de potassium pour calmer l'excitabilité du système nerveux, en même temps on aura soin de favoriser la vacuité du tube intestinal au moyen de quelques lavements ; on fera des injections émollientes et on prescrira des pansements décongestifs trois fois par semaine.

Le nombre de fois qu'il faut pratiquer cette opération dépend de la marche de l'affection et de sa durée ; plus l'affection est ancienne, plus on aura besoin de multiplier les séances d'ignipuncture, quand l'affection n'est pas trop ancienne, il suffit dans la majorité des cas, d'une seule séance. Quant à l'intervalle qui doit exister entre deux opérations, il faut attendre que la cicatrisation soit finie, et non comme le font quelques praticiens, qui procèdent à une nouvelle application d'ignipuncture aussitôt que les eschares sont tombées. Nous croyons que ces cautérisations coup sur coup sont plutôt nuisibles qu'utiles, ne font que fatiguer l'organe et retardent plutôt qu'elles ne hâtent la guérison.

Nous sommes convaincu que si l'on pratique l'ignipuncture suivant les règles que nous venons d'exposer on ne verra survenir aucun accident ni aucune complication. Cependant, il n'est pas moins certain qu'après avoir fait l'opération avec toute l'habileté voulue et avec toutes les précautions, on peut voir survenir des accidents parfois assez graves, dus seulement à l'indocilité de la malade qui

n'a pas gardé le lit le temps nécessaire ; c'est pour cela qu'il faut particulièrement insister sur cette prescription.

ACTION PHYSIOLOGIQUE

Et effets thérapeutiques de l'ignipuncture.

A présent que nous connaissons le manuel opératoire de l'ignipuncture, ainsi que les soins qu'il faut donner avant et après l'opération ; nous allons étudier maintenant les effets physiologiques et thérapeutiques qu'elle exerce sur l'utérus.

Au premier abord, il semblerait que la pointe ignée en pénétrant dans le tissu du col utérin dût éveiller la douleur ; mais il n'en est rien, c'est à peine si les femmes éprouvent la sensation d'une légère chaleur s'irradiant vers l'abdomen, ou d'un liquide chaud qu'on verserait dans le vagin. L'ignipuncture agit d'une façon complexe, et parmi les effets qu'elle produit dans le tissu utérin, il en est qui lui sont communs avec la cautérisation actuelle ordinaire, ce sont l'action révulsive, et l'action destructive ; d'autres qui l'en éloignent et la caractérisent d'une façon particulière, ce sont les actions *modificatrice* et *limitante*, propriétés maîtresses de l'ignipuncture qui l'élèvent à la hauteur d'une méthode.

Le premier effet de l'introduction de la pointe ignée dans les tissus du col c'est de détruire les parties qu'elle traverse en même temps de provoquer une révulsion sur les parties profondes, en effet, après une séance d'ignipuncture on voit le col utérin prendre une coloration rose pâle, qui persiste pendant plusieurs heures et même quelques jours.

A cette action révulsive et destructive il faut joindre l'action *modificatrice*, c'est la qualité maîtresse de l'igni-

puncture, c'est à elle principalement qu'on doit les bons résultats qu'on obtient de la cautérisation ignée. Les pointes rougies qui traversent le tissu utérin le sillonnent de trajets multiples dont les parois sont plus ou moins profondément atteintes; il se produit dans chacun de ces sillons une eschare, ainsi qu'une coagulation du sang à une certaine distance de ces parties qui sont mortifiées. Autour de ces eschares il se développe une inflammation nouvelle d'une nature différente de celle qui sévit dans le tissu utérin et ayant une plus grande tendance à la résolution. Le travail inflammatoire s'établit en général avec une grande promptitude; une inflammation suppurative se montre au pourtour des parties mortifiées, l'eschare ne tarde pas à se ramollir et son élimination s'opère en général du huitième au dixième jour, laissant à sa place des trajets suppurants; c'est de cette suppuration plus ou moins prolongée qu'on doit savoir profiter pour obtenir la résolution de l'organe.

Chacun de ces trajets au bout de quelque temps tend vers la cicatrisation, et ils sont comblés par un tissu cicatriciel, qui lui aussi agit sur le tissu utérin par une sorte de compression en exprimant les liquides infiltrés dans son épaisseur et amène ainsi la diminution du volume de l'organe, au même temps qu'il retrécit les vaisseaux et par là rend impossible la stase sanguine.

Ces modifications imprimées au tissu du col se propagent aisément au tissu du reste de la matrice, qui devient le point de départ d'une activité morbide qui, bien dirigée, donnera pour résultat et d'une manière graduelle, la résolution plus ou moins complète de l'inflammation dans tout l'organe.

Ainsi la suppuration abondante et la formation de tissu cicatriciel nous expliquent l'action modificatrice de l'igni-

puncture et nous rendent parfaitement compte des premiers phénomènes que l'on observe à la suite de cette opération, tels que retour de l'utérus sur lui-même, le réveil de sa vitalité, l'allègement du poids, la suppression du catarrhe, la régularité des menstrues, la possibilité de redresser l'organe et de lui faire supporter l'application des pessaires en anneaux, etc. Consécutivement à ces effets produits dans l'utérus par la cautérisation ignée, il se manifeste une réaction dans le système médullaire. La névralgie lombo-abdominale et sacrée qui accompagnent presque toujours les affections utérines sont un des premiers symptômes qui disparaissent à la suite de cette opération.

Mais une condition essentielle dans l'emploi de l'ignipuncture c'est la direction consécutive imprimée au traitement. L'ignipuncture sur le col utérin remplit le même office que dans les ostéites et surtout dans les arthrites chroniques. Mais de même que dans ces derniers cas les tendances curatives doivent être nécessairement soutenues et favorisées par l'immobilisation du membre, l'emploi de révulsifs, de résolutifs généraux et locaux, de même après l'ignipuncture du col faut-il soumettre la malade à un traitement sévère, si l'on veut espérer d'arriver à une guérison réelle. Il est d'autant plus important d'insister sur ce précepte qu'on a singulièrement abusé de la cautérisation sur l'utérus et qu'on l'a appliquée sans discernement à une multitude de maladies les plus diverses de cet organe. Cautériser une malade et ne lui prescrire ensuite ni repos ni traitement, c'est l'exposer aux conséquences de l'inflammation la plus grave, utérine ou péri-utérine. Cautériser inconsidérément toute la surface du col, y compris son orifice et sa cavité, c'est disposer l'orifice utérin à des rétrécissements dont la conséquence est quelquefois pire que celle du mal qu'on a cherché à guérir.

Appliquer l'ignipuncture sans règles précises, c'est provoquer dans l'organe des déformations préjudiciables à l'exercice de ses fonctions. Aussi faut-il entourer l'application de l'ignipuncture de tous les soins généraux et locaux que comportent en général tous les traitements qui deviennent dangereux, autant ils sont efficaces, par l'effet même de leur puissance. Après l'application de l'ignipuncture, il faut se comporter avec la malade comme si elle était atteinte d'une inflammation aiguë ou subaiguë; les bains prolongés, les injections dans le bain et hors du bain, également prolongées, le séjour au lit pendant la première semaine et le repos pendant la semaine suivante : les eaux minérales résolutives, Vichy, Plombières et même certaines eaux sulfureuses; l'hydrothérapie surtout suffisamment prolongée et les toniques, les reconstituants, le fer, le quinquina, le lait: tels sont les éléments du traitement consécutif, non seulement favorable, mais indispensable à la guérison de diverses affections utérines dans lesquelles l'ignipuncture est indiquée.

Je terminerai en recommandant de ne faire l'opération que dans l'intervalle des huit jours qui suivent l'apparition des menstrues ainsi que d'interdire les relations sexuelles, au moins dans les deux ou trois premiers mois de ce traitement, et très modéré dans les deux ou trois mois suivants.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'IGNIPUNCTURE.

Parmi les maladies utérines dans lesquelles l'ignipuncture du col se trouve indiquée, il faut placer en première ligne l'inflammation chronique parenchymateuse ou muqueuse de cet organe accompagnée ou non d'ulcérations,

car pour nous celles-ci ne sont qu'une partie accessoire de la métrite. En effet, la muqueuse inflammée soit primitivement, soit consécutivement à l'inflammation du parenchyme se gonfle, et ne pouvant plus être contenue dans la cavité cervicale elle fait pour ainsi dire hernie par l'orifice externe et s'étale de chaque côté du museau de tanche tout en s'étranglant; cet étranglement produit les ulcérations. Ceux qui les considèrent comme un état pathologique indépendant de l'inflammation de l'organe dirigent leur traitement contre ces lésions accessoires et sont tout étonnés après leur disparition de voir persister la douleur et tous les autres symptômes de la métrite chronique.

A quelle période de la métrite chronique doit-on pratiquer l'ignipuncture? La métrite chronique comprend deux périodes parfaitement distinctes. Une première période de ramollissement ou d'infiltration; à cette période, le tissu utérin est mou, gorgé de sang et de sucs rougeâtres, les vaisseaux sont distendus, il y a une infiltration séro-sanguine, la muqueuse est épaissie et présente une coloration rouge ardoisée et est ordinairement hérissée de villosités et parsemée de granulations et fongosités, on constate la présence d'un grand nombre d'éléments embryonnaires dans le tissu utérin. La dilatation des vaisseaux qui est en quelque sorte la lésion initiale de la métrite chronique est le résultat des stases sanguines de longue durée; ces stases font perdre aux vaisseaux leur tonicité et c'est pour cela que la plupart des moyens employés contre la métrite chronique ont été suivis d'insuccès.

Le relâchement et la dilatation des vaisseaux sont suivis de l'exudation. On observe en outre la présence d'un grand nombre d'éléments embryonnaires le long des parois vasculaires. Cette première période de la métrite chronique est très douloureuse, et nous verrons plus loin que l'em-

ploi de l'ignipuncture doit être alors rejeté, ce n'est que tout à fait à la fin de cette première période qu'on peut en faire usage.

Dans la deuxième période de l'induration, l'hyperhémie et le ramollissement disparaissent, le maximum d'activité plastique de l'inflammation s'éteint, le parenchyme devient plus dur, plus résistant et rappelle les caractères du tissu cicatriciel, l'utérus n'a plus une coloration livide, mais devient pâle et jaunâtre. Cette pâleur est le résultat d'une anémie profonde. En effet, il n'y a que très peu de sang dans les parois de la matrice, les vaisseaux étant rétrécis, étouffés par l'hypertrophie ou plutôt par l'hypergenèse du tissu cellulaire de l'organe. L'examen histologique révèle la présence d'une grande quantité de noyaux embryonnaires disséminés entre les éléments anatomiques normaux de l'utérus ainsi que beaucoup de tissu conjonctif nouvellement formé.

L'étude anatomo-pathologique que nous venons de faire justifie déjà d'elle-même l'utilité de l'intervention au moyen de l'ignipuncture à la fin de la première période de la métrite chronique ainsi que dans toute la seconde période de cette maladie.

Mais quels sont les signes qui nous permettront de distinguer ces deux périodes de la métrite : ce sont le toucher vaginal et l'examen au spéculum ; dans la fin de la première période, le toucher est peu ou point douloureux, le col n'est plus gros et mou comme au début de la maladie, mais diminue un peu de volume et le doigt constate l'existence des points dépressibles et d'autres résistants, ces derniers étant le résultat du travail d'organisation qui s'y opère. Par le spéculum on voit que le col est d'un rouge violacé mais présentant par places des points plus ou

moins pâles, quelquefois même de petites taches jaunâtres marbrant en quelque sorte le museau de tanche.

L'ignipuncture pratiquée dans cette période facilite par la suppuration la résorption des exsudats et des éléments du tissu embryonnaire, elle exerce aussi une action réflexe sur les parois vasculaires, qui, en se contractant, rendent aux vaisseaux leur calibre primitif. Le tissu cicatriciel qui est le résultat de l'opération contribue aussi, comme nous l'avons déjà dit, à exprimer les exsudats en établissant une sorte de compression.

A la seconde période le toucher révèle que le col est toujours plus gros qu'à l'état normal, mais beaucoup moins qu'à la première période, et au lieu de constater la présence de quelques points durs isolés, ceux-ci ont pour ainsi dire conflué et le col au toucher donne une sensation de fermeté. Par l'examen au spéculum, on voit un col pâle, anémique, pâleur qui s'explique par le défaut de circulation dans l'organe, les vaisseaux étant pour ainsi dire éouffés par le tissu embryonnaire déjà organisé. Nous aurons peu de chose à dire sur l'opportunité de l'ignipuncture dans la seconde période de la métrite, elle est incontestable. Aucune des causes qui dans la première période nous auraient fait hésiter à l'appliquer, tels que l'hyperhémie active ou l'intensité inflammatoire, ne se retrouvent ici; en effet, l'utérus supporte alors très facilement cette médication, le col, de dur qu'il était, devient plus souple, il recouvre sa vitalité de même que sa couleur primitive, parce que la circulation y reprend son cours normal; son volume diminue et la sensation de pesanteur, de même que les douleurs abdominales diminuent considérablement ou disparaissent.

Voyons maintenant ce que deviennent les principaux symptômes que l'on observe dans la métrite? La névralgie est un des premiers symptômes qui disparaissent. La pe-

santeur que les femmes accusent dans l'hypogastre disparaît également d'une façon rapide, et chose curieuse, c'est sur les femmes qui souffrent le plus et qui paraissent le plus affectées que l'on voit disparaître le plus promptement cette névralgie du plexus lombaire et sacré. L'écoulement leucorrhéique est sensiblement augmenté pendant les premiers jours qui suivent l'opération. La sécrétion utérine, de muqueuse qu'elle était, devient muco-purulente, mais elle diminue vite en s'atténuant de plus en plus.

Que se passe-t-il du côté de la menstruation? Est-elle diminuée, augmentée ou suspendue? La menstruation ne subit et ne doit subir aucune atteinte.

Quant à l'aménorrhée ou la dysménorrhée qui accompagnent souvent la métrite chronique, elles disparaissent d'une façon certaine à mesure que l'utérus recouvre son ancienne vitalité. Les inflammations de voisinage telles que la cystite et la rectite sont vite amendées, en même temps que l'on voit cesser la constipation, qui à cause de sa persistance n'est pas une des moindres souffrances des malades.

L'ignipuncture est aussi indiquée dans la régression incomplète de l'utérus, avec ou sans métrite, avec rétro ou antéflexion. L'utérus se trouvant après l'accouchement, en état d'imminence morbide, on comprend que toutes les causes capables d'altérer la santé de la femme viennent retentir plus ou moins sur l'utérus.

Parmi ces causes, signalons tous les accidents immédiats auxquels sont exposées les nouvelles accouchées; c'est-à-dire la pelvi-péritonite, l'inflammation des ligaments larges, l'adéno-phlegmon etc., etc., qui toutes agissent sur la régression de l'organe par obstacle mécanique opposé à la circulation. Le coït prématuré arrête aussi la marche d'évolution de l'utérus, car il produit une irritation locale et

un éréthisme général qui, troublant profondément l'innervation vasculaire de l'organe, ont pour conséquence l'hyperhémie et la congestion. Mais parmi ces diverses causes pouvant produire l'arrêt d'involution de l'utérus, il en est une qui est la plus fréquente, et partant la plus importante à signaler, nous voulons parler de l'époque à laquelle les femmes en couches cessent de garder le lit et se livrent à leurs occupations ordinaires. En effet, s'il est facile d'obtenir d'une femme riche le repos pendant quinze ou vingt jours, il n'en est pas de même dans la classe ouvrière où nous voyons tous les jours que malgré l'avis du médecin, les femmes se lèvent cinq ou six jours après leur délivrance et se livrent à des marches et à des travaux pénibles. Que survient-il ? Chez quelques-unes fortes, bien constituées, l'utérus suit sa marche vers l'état normal, mais chez celles qui sont douées d'un mauvais état général, l'involution s'arrête. Supposons l'involution utérine arrêtée ; que va-t-il se passer ? Si cet arrêt se produit peu de temps après l'accouchement, l'utérus étant encore hypertrophié dans sa totalité, l'état congestif persistera par suite de la dilatation permanente des vaisseaux ; il ne pourra pas entrer en dégénérescence graisseuse, étant le siège d'une circulation très active, il s'engorgera, et cet engorgement pourra, comme l'a démontré M. Fauquez (thèse de Paris 1879), se terminer par une métrite chronique parenchymateuse ou muqueuse.

Que l'utérus au contraire, après avoir été pendant quelque temps en travail de régression, et que sous l'influence d'une de ces causes précédentes ce travail de régression s'arrête, que va-t-il se passer ?

D'après Depaul et la plupart de gynécologistes, la régression de l'utérus marche de l'extérieur à l'intérieur en se faisant uniformément dans tous les points de l'organe.

Il s'ensuit que l'isthme, qui est la partie la moins riche en fibres musculaires et par conséquent, la moins hypertrophiée, recouvre le premier sa texture primitive; mais situé entre le col et le corps, masse globuleuse fixée par des ligaments directs au reste du bassin, cette partie est la plus faible de l'organe. Le corps qui est la partie la plus volumineuse a bien subi un certain degré de régression; mais cette régression venant à être arrêtée à ce moment, il résulte que l'isthme n'est pas suffisant pour supporter le poids du corps, que les ligaments eux-mêmes ne pourront contribuer à soutenir, à cause de son relâchement et de l'arrêt d'involution de l'utérus. Le corps hypertrophié non soutenu tend alors à fléchir du côté de la face la plus volumineuse, et nous aurons ou une antéflexion, ou bien une rétroflexion. De ces flexions résultera la compression des veines transversales situées dans la limite du corps et du col et par suite l'engorgement avec toutes ses conséquences. Ainsi voyons-nous survenir à la suite de la régression incomplète de l'utérus ou un engorgement, ou une métrite, ou des flexions de cet organe.

L'ignipuncture est indiquée dans ces engorgements par arrêt d'involution, comme nous le verrons bientôt, ainsi que dans les métrites chroniques, suites de couches. Dans ces cas l'ignipuncture, en établissant un foyer de suppuration aidera à l'élimination des éléments de nouvelle formation, qui n'ont pas eu le temps de subir la dégénérescence graisseuse; en outre, les pansements à la glycérine seront d'un puissant moyen pour la déplétion de l'organe, que l'on verra sous l'influence de ce traitement se réduire de plus en plus et rentrer bientôt dans sa forme et dans son état normal.

L'ignipuncture est aussi indiquée dans les flexions de

l'utérus (anté ou rétroflexion) quand elles reconnaissent pour cause l'origine que nous venons d'exposer.

Aujourd'hui on s'applique, surtout dans les traitements des flexions de l'utérus, au traitement mécanique, sans s'occuper de la cause qui a déterminé cette affection, ni de l'état local de l'organe ; de là des insuccès de ces divers procédés mécaniques. Ainsi voyons-nous appliquer des pessaires sur un organe malade, et ces instruments deviennent pour cet organe un foyer d'irritation qui ne fait qu'aggraver l'inflammation dont il est le siège, sans remédier en rien sur la flexion.

Que devons-nous dire des tuteurs intra-utérins dont on a tenté l'essai depuis ces dernières années ? Indépendamment des femmes qui ont payé de leur vie ces tentatives, on est effrayé des accidents nombreux qui ont été éprouvés par celles qui ont échappé à la mort, tels que hémorrhagies, péritonites, abcès pelviens, etc.

Pour nous, les flexions de l'utérus par suite de régression incomplète de cet organe, et la majorité sont dues à cette cause, ne doivent être considérées comme des affections passives qu'on guérit par des moyens mécaniques ; et comme nous l'avons dit, il faut d'abord faciliter la régression de l'utérus de façon à faire disparaître l'hypertrophie de l'organe, et l'ignipuncture trouve ici son indication ; dans ces cas elle active la déplétion des vaisseaux, et fait subir aux éléments embryonnaires la dégénérescence granulo-graisseuse par la suppuration prolongée au même temps que favorise les exsudats pathologiques ; l'utérus reprend sa tonicité, tend à se redresser, et nous avons vu sous l'influence de ce traitement l'angle de flexion diminuer d'une façon notable : tous les symptômes qui accompagnent cette affection disparaissent, les règles deviennent régulières et même les femmes peuvent devenir enceintes, car nous s

vons qu'une des conséquences des flexions c'est la stérilité.

C'est à la suite de cette amélioration que les pessaires peuvent être prescrits,

L'ignipuncture est aussi indiquée dans l'engorgement de l'utérus.

L'engorgement de l'utérus a été de tout temps une des questions qui ont divisé le plus les gynécologistes, et aujourd'hui la majorité d'entre eux n'admettent pas l'engorgement comme une entité morbide qui doit prendre place à part dans le cadre nosologique des maladies utérines, au même titre que la congestion et la fluxion de cet organe. Ainsi voyons-nous que Lisfranc en admettait l'existence, mais il les confondait avec la congestion, la métrite, les déviations, il ne voyait que des engorgements partout. Velpeau le nie en tant qu'affection existant d'une manière isolée et indépendante de toute autre affection. Plus récemment, Scanzoni a fait de l'engorgement le synonyme de l'inflammation chronique de l'utérus et l'a caractérisé par une hypertrophie du tissu cellulaire utérin. Hardy et Behier confondent l'engorgement avec la métrite parenchymateuse chronique; Nonat en fait de même, et Racle et Lorain disaient qu'il leur paraît absolument possible dans l'état actuel de nos connaissances d'émettre une opinion formelle sur l'engorgement de l'utérus et que le seul fait qui leur paraît utile de signaler, c'est que dans le cas où l'on croirait avoir reconnu un engorgement utérin, le traitement qui conviendrait ne différerait pas de celui de la métrite chronique. M. Gallard dit qu'il est d'accord avec les auteurs qui revendiquent pour l'engorgement le droit de figurer dans une description nosologique, mais avec cette restriction qu'il y figure non comme entité morbide dis-

tincte, mais comme des simples modifications, ou un des degrés divers d'un même état morbide : l'inflammation.

Nous pensons et avec notre maître le D^r Cheron et avec le professeur Courty, que l'engorgement de l'utérus doit être admis comme entité morbide bien définie, au même titre que la congestion de cet organe ; il présente des signes caractéristiques qui le distinguent des autres états morbides qui, comme lui, s'accompagnent d'augmentation de volume de l'organe. L'utérus en état d'engorgement présente une tuméfaction permanente, cette tuméfaction est constituée au point de vue histologique par la présence d'une matière amorphe, demi solide ou liquide, entre les éléments anatomiques et qui les tient écartés ; quand cette matière est liquide, elle tient en suspension des granulations moléculaires généralement graisseuses. Le col se présente augmenté de volume, mais ce gonflement n'est pas accompagné de la coloration violacée de la métrite ; il est pâle, blafard comme œdématié ; en outre, il est mou sans être saignant et ne donne au toucher ni la sensation de chaleur ni de douleur de la métrite et de la congestion. L'engorgement peut exister seul, engorgement simple ou coexister soit avec la congestion ou avec l'hyperthrophie, soit avec l'inflammation de l'organe ; mais dans ces cas les caractères des autres états morbides effacent ceux de l'engorgement.

L'engorgement simple a une existence propre, indépendante de l'action localisée des causes prochaines autres que les troubles mécaniques de la circulation, et procède tantôt de la congestion, tantôt de la stase ; son aspect variera avec son âge, il répond à toute une série d'états normaux de la nutrition qui sont compris entre la congestion récente et la stase ancienne, états normaux qui avec le temps se transforment les uns dans les autres, non pas d'une façon capricieuse, mais suivant un processus sensiblement fixe.

Les causes prochaines de l'engorgement résident dans les troubles mécaniques de la circulation.

En présence de l'embarras circulatoire, congestion ou stase, qui a causé l'engorgement, quelle est l'indication dominante? Désobstruer si la chose est possible, imprimer à la circulation une activité artificielle susceptible d'être réglée, en opérant une espèce de drainage de l'organe, favorisant en même temps dans la plus forte mesure possible le processus de résorption nutritive: l'ignipuncture est toute indiquée, elle remplit ces conditions.

L'ignipuncture est aussi indiquée dans l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.

Cette affection a été bien étudiée par M. Huguier. Sa nature essentiellement chronique, l'obstination avec laquelle elle résiste à tous les traitements en font une maladie telle, que l'on ne saurait redouter de se servir contre elle d'un traitement énergique. L'idée d'employer la cautérisation dans cette affection n'est pas nouvelle; Simpson, Bennett, Ch. West et surtout le professeur Courty l'ont préconisée. Puisqu'on a traité cette affection par des caustiques chimiques, nous croyons qu'on pourrait se servir avec avantage de l'ignipuncture qui dans ce cas sera un puissant moyen de dérivation par la suppuration qu'elle établirait, et on obtiendra la déplétion de l'organe et on réveillera la faculté d'absorption.

Il est évident que si la maladie est arrivée à un degré assez avancé pour réclamer l'amputation, il en sera de l'ignipuncture comme des autres moyens palliatifs qu'on emploie; mais nous croyons que dans les allongements récents elle pourra donner de bons résultats, et c'est dans ces cas que nous la conseillons.

CONTRE-INDICATIONS DE L'IGNIPUNCTURE.

Nous pouvons dire, d'une manière générale, que l'ignipuncture est contre indiquée toutes les fois qu'on trouve un état d'inflammation aigu, soit du côté de l'utérus, soit du côté de ses annexes, et c'est pour n'avoir pas suivi cette règle générale, ou pour l'avoir méconnue qu'on a vu et qu'on voit très souvent des accidents arriver à la suite d'une cautérisation ignée.

L'ignipuncture est contre-indiquée dans la période inflammatoire de la métrite parenchymateuse, dans cette période qui est très douloureuse, le tissu utérin est mou, gorgé de sang, il y a hyperhémie générale, les vaisseaux sont distendus et entourés par un grand nombre d'éléments embryonnaires; en pratiquant la cautérisation ignée à cette période, on s'exposerait non seulement à voir l'inflammation se propager au tissu cellulaire périutérin, à la trompe, à l'ovaire et jusqu'au péritoine, mais à avoir des hémorrhagies très abondantes, étant donné l'état des vaisseaux à cette période de la maladie. C'est ce qui est arrivé chez une malade dont M. Rollet rapporte l'observation dans sa thèse inaugurale. M. Rollet accuse le cautère Paquelin d'être la cause de l'hémorrhagie, et il parle de ce fait pour rejeter l'emploi du thermocautère dans la cautérisation du col de l'utérus.

Le cautère actuel aussi bien que n'importe quel cautère aurait déterminé une hémorrhagie dans ce cas, la malade étant dans la première période de la métrite, période de la maladie dans laquelle il faut s'abstenir d'employer l'ignipuncture.

L'ignipuncture est contre-indiquée dans la congestion

Gonzaléz.

hemorrhagipare, surtout la congestion récente, celle qu'un mouvement fluxionnaire prononcé précède ou accompagne. Ainsi, on ne doit pas pratiquer cette opération dans les quelques jours qui précèdent et qui suivent les règles.

Dans la congestion avec ramollissement de l'organe, où il y a injection avec ramollissement du tissu utérin, dilatation de vaisseaux qui forment de véritables sinus; dans les inflammations péri-utérines, comme sont les adéno-lymphagites péri-utérines, phlegmons, pelvi-péritonites, toutes les fois qu'il existerait une de ces lésions la cautérisation ignée est contre-indiquée. La grossesse est-elle une contre-indication à l'ignipuncture? Pour M. le professeur Courty, cette opération peut être pratiquée chez les femmes enceintes lorsque l'utérus se trouve affecté d'un de ces états morbides dans lesquels l'ignipuncture est indiquée et il dit que l'on peut la pratiquer depuis la fin du premier mois jusqu'au sixième mois sans crainte de provoquer aucun accident, même l'avortement; au contraire, dit-il, « un des résultats les plus avantageux de la cautérisation dans ces cas est d'augmenter les chances qui peuvent faire éviter cet accident. » (Courty, Traité des maladies de l'utérus). Malgré la grande opinion et la haute valeur du savant professeur de Montpellier, nous pensons avec notre maître le D^r Chéron, que l'ignipuncture doit être interdite dans la grossesse. L'utérus en la période de grossesse se trouve dans un très grand état de sur activité, et nous voyons qu'il suffit de la moindre cause, la plus simple émotion, le moindre choc, pour provoquer la contraction de l'organe et l'avortement, à plus forte raison nous pensons que l'introduction de la pointe ignée dans le tissu utérin réveille ces contractions et provoque l'avortement : aussi rejetons-nous cette opération n'importe à quelle période de la grossesse.

OBSERVATION I.

Métrite chronique avec rétroversion.

Mme M..., 37 ans, réglée à 13 ans; la menstruation, difficile à s'établir, est toujours restée douloureuse, mais régulière; les règles survenaient toutes les trois semaines et le flux menstruel était toujours très abondant; aujourd'hui cette abondance semble diminuer; le sang affectait la forme de caillots.

A l'époque où Mme M... se présente à la clinique, l'état ci-dessus décrit est le même dans son ensemble, mais le sang des règles est roussâtre et en dehors des règles la malade perd quelquefois en blanc. Depuis deux ans, elle prend des injections de feuilles de noyer.

Mme M... a d'abord fait une fausse couche, puis elle a eu trois enfants, le dernier il y a huit ans. La fausse couche a eu lieu quarante jours après le moment présumé de la première grossesse. Quant aux trois grossesses, elles ont été très difficiles pendant les cinq premiers mois, s'accompagnant d'aberration du goût, de nausées et de vomissements, etc. A l'âge de 13 ans, époque de sa menstruation, la malade a eu la fièvre typhoïde et depuis cette époque les fonctions digestives n'ont jamais été bien normales.

Les symptômes accusés aujourd'hui (7 avril 1883) par la malade sont les suivants : A la suite d'une grande frayeur éprouvée le lendemain de sa dernière couche, Mme M... est sujette aux hallucinations. La vue se trouble très fréquemment. La malade est devenue nerveuse, elle est prise de palpitations de cœur qui surviennent brusquement, immédiatement avant ou après les époques; elles sont actuellement très violentes. L'appétit est assez bon, la digestion se fait bien; il n'y a pas de constipation.

Depuis deux ans la malade porte un pessaire.

A l'examen on trouve tous les signes de la métrite chronique avec rétroversion. Le col utérin présente à la base une très grande dureté.

Le traitement prescrit a consisté en injections chaudes, pansements glycerinés, scarifications, révulsions sédatives sur la région lombo-sacrée et enfin des amers pour réveiller les fonctions de l'estomac.

Après deux mois de traitement préparatoire, notre malade éprouve une sédation notable du côté des organes malades. Dans le but d'arriver à un résultat complet, une opération d'ignipuncture est proposée à M^{me} M... Le col, qui a légèrement diminué de volume, est violacé et comme recouvert d'une couche d'œdème. La mensuration des cavités utérines et cervicales donne 9 centimètres de longueur. L'organe utérin est encore un peu appliqué sur le plancher vaginal, mais dans les mouvements qu'on lui transmet par la palpation et le toucher on éveille beaucoup moins de sensibilité. L'opération est pratiquée à sa clinique par M. le D^r Chéron, en notre présence et avec le concours de MM. les D^{rs} Fauquez, François, Beslier, etc.; de la façon suivante : Une première flèche est introduite à deux centimètres de profondeur dans la partie moyenne de la lèvre antérieure du col. Un courant d'eau est aussitôt dirigé dans le spéculum pour s'opposer à l'échauffement de la partie et à celle du spéculum. Des flèches sont ensuite disposées en arc de cercle, toujours à la même profondeur et toujours avec les mêmes précautions. Trois étages de flèches sont ainsi établis en respectant la péripliérie du col et l'orifice cervical, ce qui porte leur nombre à 24.

Deux rangées seulement, d'un nombre total de 13 flèches, sont pratiquées à la lèvre postérieure, cela fait donc en totalité 37 flèches pour le col tout entier.

On pratiqua ensuite un lavage avec la solution antisept-

tique d'acide picrique et on plaça par-dessus un pansement glycérimé. La malade fut ramenée dans son lit et on eut soin de lui placer sur l'hypogastre un sac rempli de glace. Ajoutez à cela une prescription au bromure de potassium et à l'aconit à prendre toutes les deux heures, un cachet de 10 centigrammes de sulfate de quinine avant chaque repas.

Chaque jour les pansements glycérimés sont renouvelés et maintenus sur la plaie, et ce n'est qu'au bout de dix jours que l'on permet à la malade de se lever, alors que l'eschare commence à se détacher.

Après la chute de celle-ci, il reste une surface mamelonnée, rouge, et dans laquelle on pratique des scarifications. Au bout de deux mois de traitement, la cicatrisation est complète, et au cervicimètre, nous trouvons un col diminué transversalement de volume de 6 millimètres. Quant à la longueur des cavités utérines et cervicales, elle est descendue à 8 centimètres, ce qui fait nettement comprendre la diminution considérable de volume de l'organe utérin, qu'un pessaire en anneau, employé par mesure de précaution, maintient aujourd'hui dans sa position normale.

En résumé, Mme M... se félicite d'avoir accepté cette opération et elle dit combien est heureux et complet le résultat obtenu, car elle n'éprouve aucune souffrance, la santé générale s'est rapidement améliorée et notre malade supporte aujourd'hui le travail, comme elle ne l'avait fait depuis huit ans.

OBSERVATION II.

Régression incomplète du corps de l'utérus avec hypertrophie
- considérable du col.

Mme R..., 25 ans, fut réglée à 16 ans, irrégulièrement jusqu'à 17 ans 1/2, époque du mariage. La menstruation

devint régulière depuis; pertes normales de trois jours de durée. Jamais de pertes blanches.

La malade a eu un enfant il y a cinq ans. Elle a fait deux fausses couches, une de six mois il y a trois ans et demi; l'autre de trois mois et demi il y a deux ans. L'accouchement a été long et douloureux sans présenter toutefois rien d'anormal; l'accouchée est restée neuf jours au lit avant de reprendre les travaux habituels. La première fausse couche de six mois a été également longue et douloureuse, et le repos toujours insuffisant.

A la suite de la deuxième fausse couche, il est survenu de fortes hémorrhagies pendant une durée de quinze jours. Malgré cela, Mme R... se levait pour se livrer à ses occupations.

Depuis cette époque, notre malade a commencé à souffrir de douleurs vives dans la région des reins et dans le ventre; la marche est cependant restée facile.

Les digestions sont bonnes, les selles régulières, mais l'appétit est nul. La malade éprouve des battements de cœur en montant l'escalier, elle est devenue nerveuse et impressionnable, elle est sujette aux douleurs rhumatismales, elle a eu des varices pendant les grossesses, et enfin il y a chez cette malade des manifestations herpétiques.

L'examen complet de la malade permet de reconnaître qu'on est en présence d'une régression incomplète du corps de l'utérus avec hypertrophie considérable du col.

Avant de songer à faire usage de l'ignipuncture profonde pour amener la régression complète de l'organe, la première indication à remplir était de relever les forces de la malade, et au point de vue local de décongestionner l'appareil utéro-ovarien. Comme pour la malade précédente, on fit usage dans ce but de pansements glycerinés, de scarifications, de frictions sur les reins avec un mélange de

chloroforme, d'éther et d'alcool camphré, et enfin on donne à la malade des toniques amers et de la liqueur de Fowler.

Au bout de trois mois environ la situation générale s'était grandement améliorée, et au point de vue local l'état était satisfaisant ; les pansements glycélinés, pratiqués tous les deux jours pendant ce laps de temps, avaient décongestionné d'une façon très notable l'appareil utéro-ovarien. Les quantités d'eau perdue après chaque pansement avaient été considérables, de l'aveu de la malade.

C'est dans ces conditions excellentes, que pour déterminer une guérison complète, en ramenant davantage sur eux-mêmes la matrice et le col utérin hypertrophié, on proposa à Mme R... d'employer l'ignipuncture.

L'opération eut lieu à la clinique du Dr Chéron et fut exécutée de la même manière que pour la malade de notre première observation. Toutefois, en raison de la masse énorme du col hypertrophié, le nombre des flèches fut porté jusqu'à soixante.

Après l'opération, la malade resta au lit douze jours, pendant lesquels on fit le traitement déjà décrit. Au début, glace sur l'hypogastre, sulfate de quinine, bromure de potassium et aconit ; pansements glycélinés, etc. Au bout de ce temps la malade se lève et peut vaquer sans fatigue à ses occupations.

Nous l'avons revue à la clinique, trois mois environ après l'opération d'ignipuncture. L'état général était bon ; l'appétit était revenu et la névralgie lombo-abdominale, sans avoir complètement disparu, ne se faisait sentir que par intermittence (la malade continuait ses frictions sur les reins). A l'examen, on trouve un col rouge, très notablement diminué de largeur, et l'hystéromètre, qui au début de la maladie donnait 9 centimètres $1/2$ pour la longueur

des cavités du col et du corps de l'utérus, n'accuse plus aujourd'hui que 8 centimètres à peine.

(8 décembre 1883.)

OBSERVATION III.

Métrite parenchymateuse chronique.

Mme Rochez, 35 ans, a été réglée à 11 ans, toujours régulièrement ; elle est peu sujette aux pertes blanches. Elle a fait une fausse couche il y a dix ans et, depuis, elle n'a pas eu d'autre grossesse. Après cette fausse couche qui a eu lieu à 2 mois 1/2, la malade est restée huit jours au lit et a repris ensuite ses occupations habituelles.

Depuis cette époque, Mme Rochez éprouve des douleurs dans la région des reins, dans le ventre ; ces douleurs sont particulièrement violentes sur le devant des cuisses. Les règles viennent toujours aux époques voulues, mais elles sont extrêmement douloureuses ; les grandes souffrances commencent avec l'apparition du flux sanguin et s'apaisent après sa terminaison ; le sang est généralement clair, et il semble contenir quelques petits lambeaux qui ne s'écrasent pas sous la pression des doigts.

L'appétit est capricieux, mais les digestions sont bonnes ; la constipation est opiniâtre. En marchant et en montant l'escalier la malade éprouve quelques battements de cœur ; elle est devenue très nerveuse et très impressionnable.

Mme Rochez est sujette aux douleurs rhumatismales ; il y a trois ans, elle a eu une crise sérieuse qui a duré environ six mois. Il existe des manifestations herpétiques.

La malade était sujette aux maux d'yeux, étant enfant ; elle a conservé une grande sensibilité pour la lumière.

L'examen nous donne les résultats suivants :

Au toucher, on trouve un col dur et douloureux, l'utérus est peu mobile.

Au spéculum, on constate qu'il existe des granulations sur le col et qu'il y a en outre un catarrhe assez abondant.

Le diagnostic porté est celui de métrite parenchymateuse chronique d'origine arthritique.

Le traitement qui fut institué a visé trois indications : l'état local, l'état spinal et l'état général.

Le traitement local a consisté en pansements glycerinés pratiqués tous les deux jours pendant plus de trois mois ; en injections quotidiennes avec de l'eau de guimauve et de pavot.

On a traité l'état de la moelle par des frictions sédatives sur la région des reins, avec un mélange de chloroforme, d'éther et d'alcool camphré.

Enfin, le traitement général s'est résumé dans l'emploi des purgatifs, de l'arséniate de soude et des bains sulfureux.

Ce traitement préparatoire a été continué pendant trois mois et demi environ, époque à laquelle une opération d'ignipuncture fut proposée à la malade. A ce moment l'état général s'était très notablement amélioré, l'impressionnabilité était moins grande, la constipation, facile à s'établir, était d'ailleurs facilement combattue par les moyens appropriés.

L'examen des organes permet de constater une mobilité plus grande du corps de l'utérus, et le catarrhe du col a en partie disparu.

L'opération d'ignipuncture profonde fut pratiquée à la clinique du D^r Chéron vers la fin du mois de décembre 1883. 40 flèches furent pratiquées.

Je n'entrerai point à nouveau dans les détails de l'opération et du traitement postérieurs et que j'ai décrits dans les deux précédentes observations. Il m'a été donné de

revoir Mme Rochez quatre mois environ après l'opération et voici dans quel état se trouvait cette malade :

Les forces sont en grande partie revenues.

La malade n'éprouve aucune fatigue à se livrer à ses occupations quotidiennes ; la constipation est devenue rare, et comme je le disais plus haut, il est facile d'y remédier.

Les règles ne sont plus douloureuses.

Il est d'ailleurs recommandé à la malade de continuer l'usage de ses frictions.

Enfin, l'examen de l'appareil utéro-ovarien fait constater une diminution très considérable dans la longueur du corps et du col de l'utérus. Ce dernier est moins lourd, plus mobile ; le col a également diminué de volume et le toucher n'en est pas douloureux.

La malade est enchantée du résultat de l'opération, d'autant plus que depuis près de dix ans elle n'avait encore trouvé aucun soulagement à ses souffrances.

(Décembre 1883.)

OBSERVATION IV.

Métrite parenchymateuse chronique. Ignipuncture. Guérison.

(Thèse de Caron, obs. II, résumée.)

Mme G..., âgée de 25 ans, modiste, vient consulter le Dr Gallard le 13 février 1880. Réglee à 15 ans. Il y a sept mois elle accouchait pour la première fois, l'accouchement dura onze heures, mais il se termina naturellement. Elle se leva le troisième jour et eut une hémorrhagie qui se renouvela le lendemain. Elle garda le lit pendant huit jours, époque à laquelle elle se lève de nouveau et vaque à ses occupations ; souffrait toujours dans la ventre. Les règles ne reviennent que sept semaines après l'accouche-

ment, accompagnées de vives douleurs. Depuis lors elle n'a été réglée que deux fois et toujours avec de vives douleurs. Douleur continuelle dans le ventre s'irradiant dans la fosse iliaque droite et les cuisses. Pertes blanches.

Examen. — Au toucher : col gros, surface dépolie, rugueuse. Ulcération sur le contour du col. Les culs-de-sac sont souples et libres.

Le col mesure dans son diamètre antéro-postérieur 40 mm., dans son diamètre transverse 28.

On fait 4 piqûres avec le thermocautère sur la lèvre antérieure et 4 sur la postérieure. Le 18 février les eschares ne sont pas tombées. Le col est moins rouge et diminue de volume; il mesure : diamètre antéro-postérieur 34 mm., transverse 28.

Le 25 février l'écoulement purulent diminue, les douleurs ont presque disparu ; la malade a eu ses règles le 20 et elles ont été moins douloureuses.

19 mars. Amélioration très sensible, col beaucoup moins volumineux, est d'un rose pâle et plus ferme.

11 mai. La malade est guérie, elle vient de voir ses règles et n'a pas souffert. Le col présente quatre à cinq dépressions étoilées. Il n'y a plus d'écoulement catarrhal.

OBSERVATION V.

Métrite parenchymateuse chronique. Ignipuncture.
(Thèse de Caron, obs. V, résumée.)

La nommée Dul..., âgée de 29 ans, couturière, entre le 18 mars 1881 dans le service de M. Gallard, à la Pitié. Règles à 13 ans; bien portante jusqu'à la fin de sa quatrième grossesse (1874). Douleur dans la région hypogastrique, fluxus blanches.

Examen. — Utérus augmenté de volume. Toucher pas

douloureux, culs-de-sac libres, col volumineux avec une ulcération; coloration de l'organe rouge violacé. On soumit la malade à un traitement général tonique, on la fait garder le lit, et vers le milieu du mois d'avril M. Gallard lui fait avec la pointe du thermocautère 8 à 10 piqûres sur le col. Il n'eut pas d'accidents, et quinze jours après chaque pointe avait donné lieu à une eschare qui, en s'éliminant, avait produit une ulcération qui bientôt se cicatrise et le col revient bientôt à son état normal.

OBSERVATION VI.

Mérite parenchymateuse chronique. Ignipuncture. Guérison.

Mme G..., 34 ans (clinique du D^r Cheron, 15 octobre 1880), a été régulièrement réglée dès l'âge de 15 ans, mais avec de nombreuses pertes blanches.

Un enfant il y a onze ans, accouchement facile. Elle se plaint depuis son accouchement de douleurs dans les reins, dans le ventre et devant les cuisses; appétit capricieux, digestion lente et constipation continuelle. Maux de tête fréquents, nerveuse et impressionnable; battements de cœur en montant l'escalier, quelques douleurs rhumatismales de temps en temps. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre, envies fréquentes d'uriner. Marche fatigante.

Examen local. — Col gros renversé en arrière, flottant sur le plancher. Entropion des lèvres du col et trace d'une ancienne ulcération. Orifice externe et canal cervical béant. On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse dure qui est le corps de l'utérus développé dans sa paroi postérieure et rétrofléchi. La sonde utérine franchit l'isthme et pénètre en l'inclinant en arrière.

Diagnostic. — Métrite parenchymateuse chronique. Rétroflexion. La malade est soumise aux pansements glycerinés d'une façon régulière pendant un mois.

4 février. Ignipuncture du col, pansements glycerinés; suppuration pendant deux mois, disparition des accidents; utérus notablement diminué de volume et en grande partie redressé.

OBSERVATION VII.

Rétroflexion par arrêt de régression utérine. Ignipuncture. Guérison.
(Thèse de Dubois.)

Mme Lej..., 27 ans, coiffeuse, se présente à la clinique du Dr Chéron le 17 juin 1880. Réglée à 14 ans, toujours assez régulièrement, sujette à des pertes blanches. Trois enfants à intervalles très rapprochés, le dernier il y a trois ans. Couches faciles; peu de repos après, lever au sixième jour. Douleurs des reins violentes au moment des époques; bon appétit, bonne digestion, constipation, envies fréquentes d'uriner.

Examen local. — Dans le cul-de-sac latéral droit et un peu en arrière masse dure et ronde faisant corps avec la matrice; l'utérus latéro-rétrofléchi. La sonde utérine est arrêtée à l'isthme, elle le franchit en le courbant à droite et en arrière. La malade est soumise à un traitement local au moyen des pansements glycerinés pendant un mois, ainsi qu'à un traitement général.

Opération le 25 juillet, suppuration prolongée jusqu'au mois de novembre. Guérison à peu près complète.

OBSERVATION VIII.

Rétroflexion, suite de lever et de fatigue après les couches. Traitement par la suppuration du col au moyen de l'ignipuncture. Guérison.

Mme Q..., 28 ans, couturière (clinique du Dr Chéron, 24 mars 1880). Réglée à 12 ans et 1½ environ assez régu-

lièrement et peu abondamment. Sujette aux pertes blanches. Un enfant il y a quatre ans et demi. Accouchement facile. Levée au bout de sept jours, la malade a repris ses occupations et son travail habituel. Depuis douleurs violentes dans les reins s'irradiant jusque dans le ventre. Marche pénible et station debout de même. Peu d'appétit, digestion lente et difficile. Constipation opiniâtre, envies fréquentes d'uriner. Nerveuse et impressionnable. Sujette aux hémorroïdes, battements de cœur.

Examen. — Ulcération de forme papillaire, dilatation muqueuse du col. Utérus rétrofléchi diagnostiqué par le cathétérisme. Adéno-lymphangite accompagnant la rétroflexion dans le cul-de-sac latéral gauche.

Traitement. — La malade est soumise aux pansements à la glycérine d'une façon régulière, 16 pansements ont été pratiqués. Sous l'influence de ce traitement les culs-de-sac se dégorgent et l'utérus devenu beaucoup plus libre est facile à déplacer.

Le 15 mai on pratique l'ignipuncture, vingt flèches sont implantées sur le col. Suppuration prolongée jusqu'au mois de juillet. Sous l'influence de la suppuration, l'utérus se réduit de plus en plus, et après un mois d'un traitement suivi, l'angle de flexion observé à ce moment représente à peu près un angle de 30°. Celui du début était au moins un angle droit.

OBSERVATION IX.

Rétroflexion par arrêt de régression chez une herpétique.
(Résumée).

Mme Ch., 40 ans, couturière à la machine, se présente à la clinique le 30 juillet 1880. Réglée à 10 ans 1½, toujours régulièrement. Sujette à pertes blanches. 4 enfants, le dernier il y a deux ans, accouchements faciles. Depuis le

dernier, maux de reins violents s'irradient dans l'abdomen et sur le devant des cuisses. Pesanteur au moment des époques dans le fondement. Bon appétit, digestion lente, constipation continuelle. Manifestations herpétiques.

Toucher. — Corps dur en arrière, faisant corps avec la matrice, col court, entr'ouvert. Diagnostic : rétroflexion.

Spéculum. — Congestion utérine interne et externe. La sonde de Sims pénètre avec la courbure arrière. Le toucher debout justifie le diagnostic.

Traitement habituel. — Pansements glycerinés. Amélioration de l'état général et disparition de la congestion.

Le 3 septembre opération de l'ignipuncture. La suppuration est entretenue pendant trois mois. Sous l'influence de ce traitement le corps de l'utérus se relève en totalité.

OBSERVATION X.

Métrite parenchymateuse chronique à la première période, avec ulcération du col, traitée par l'ignipuncture du col. Guérison. (Clinique du 2 août 1882.)

Mme M..., âgée de 30 ans, couturière, réglée à 17 ans, très irrégulièrement de tout temps.

Sujette depuis son mariage aux pertes leucorrhéiques. Elle a eu un enfant il y a cinq ans. Accouchement long et laborieux. Malgré un repos prolongé de trois semaines, la malade a toujours souffert depuis. Elle éprouve des douleurs dans la région des reins, sur les parties latérales de l'abdomen, et sur le devant des cuisses. Ces douleurs n'ont fait que s'aggraver depuis deux ans et demi et sont devenues très pénibles.

Marche difficile et fatigante, station debout également fatigante. Sentiment de pesanteur dans le petit bassin et des envies fréquentes d'uriner. Appétit bon et régulier; fréquents maux de tête.

Manifestation de la diathèse perpétuelle. Le palper abdominal révèle l'augmentation de volume de l'utérus qui se présente sous la main comme une masse arrondie remontant à trois doigts et demi au-dessus du pubis. Le pincement de la peau de l'abdomen est très douloureux pour la malade et la pression au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sur la crête iliaque, de même que sur les apophyses épineuses de la colonne vertébrale, dans la région sacro-lombaire, provoque de vives douleurs, preuves évidentes de l'existence de la névralgie lombo-abdominale.

Au toucher, on sent un col volumineux, tuméfié, mou à l'extrémité, dur à la base et donnant au doigt une sensation toute spéciale qui peut permettre de dire presque à coup sûr, qu'on va se trouver en présence d'une ulcération du col.

Au spéculum. Teinte violacée du col qui est gros et tuméfié et présente les caractères de la métrite parenchymateuse chronique à la fin de la première période. Le toucher debout permet de constater un abaissement assez sensible de l'organe et un commencement de rétroflexion de l'utérus qu'il est absolument nécessaire d'enrayer dans sa marche.

On soumet la malade aux pansements décongestionnants pendant quinze jours, afin de préparer l'utérus à subir l'opération d'ignipuncture.

18 août. Opération au moyen du thermocautère Paquelin, M. Cheron fait autour du col de seize à vingt points de cautérisation de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, en ayant soin de respecter l'orifice du canal cervical afin d'éviter la formation d'adhérences. L'opération se termine par un lavage de la surface cautérisée à l'acide pierique,

solution aqueuse à 1 pour 100 suivi d'un pansement glycérimé.

La malade est placée sur un lit. Elle déclare avoir à peine souffert. On prescrit le repos au lit pendant huit jours et la potion suivante à prendre par cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Bromure de potassium.....	4 grammes.
Teinture d'aconit.....	1 —
Julep gommeux.....	150 —

Prendre un cachet avant chaque repas de :

Sulfate de quinine.....	1 gramme.
En dix cachets.	

Application pendant quarante-huit heures sur l'abdomen de la glace dans une vessie et la renouveler toutes les cinq à six heures.

On lui fait tous les deux jours des pansements glycérimés et des lavages à l'acide picrique en solution aqueuse.

Les eschares se détachent le douzième jour et la suppuration s'étend et est entretenue pendant deux mois, époque à laquelle elle se tarit et on voit le col diminuer de volume et tous les symptômes de la métrite ont disparu.

OBSERVATION XI.

Métrite parenchymateuse chronique à la seconde période. Ignipuncture.
Guérison.

La nommée Ant... entre le 10 avril dans le service du D^r Gallard à la Pitié. Agée de 42 ans. Depuis sa dernière grossesse qui a eu lieu il y a dix ans, elle souffre toujours dans le ventre. Mal réglée depuis plusieurs années; il y a trois mois qu'elle l'a été pour la dernière fois. Pesanteur dans le périnée. Marche difficile. Examen au toucher : col

Gonzalèz.

A

gros, dur et non ulcéré. Dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur séparée du col par un sillon, mais se continuant avec lui, c'est le corps en rétroflexion.

Au spéculum. Col gros, pâle, dur, un hystéromètre pénètre difficilement à 9 centimètres $1/2$.

11 mai. Application de 7 pointes de feu sur le col, repos au lit, injection émolliente; cataplasmes sur le ventre.

6 juin. Les eschares sont tombées, ulcération rosée, col moins dur, plus rouge, écoulement purulent assez abondant.

Le 25. On applique 5 pointes de feu.

20 juillet. Col sensiblement diminué de volume, rouge.

29 septembre. Toutes les ulcérations sont cicatrisées, le col est petit, le corps est moins volumineux, la douleur et la pesanteur ont disparu et la malade quitte le service.

CONCLUSIONS.

De ce qui précède nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

I. — L'ignipuncture du col de l'utérus est une opération simple, inoffensive, qui ne doit jamais provoquer d'accidents à la suite de son application, quand celle-ci se fait opportunément et avec les précautions que nous venons d'énumérer.

II. — L'ignipuncture peut être pratiquée soit avec le thermocautère Paquelin, soit avec le simple cautère à boule, soit avec le galvanocautère. Les flèches ignées doivent être pratiquées et dans une profondeur qui variera entre 1 centimètre $\frac{1}{2}$ et 2 centimètres $\frac{1}{2}$ parallèlement à l'axe de la cavité cervicale. Le nombre de piqûres variera entre 18, 20, 60 et même 80, selon l'étendue de la lésion.

III. — Les principaux résultats obtenus par l'ignipuncture sont les suivants : diminution et disparition rapide de la névralgie lombo-sacrée; changement de coloration du col qui reprend la teinte rose pâle; diminution notable du volume de l'organe; redressement; régularisation de la fonction menstruelle dans les cas où elle était troublée.

IV. — L'ignipuncture est indiquée : 1° dans la fin de la première période de la métrite chronique parenchymateuse ou muqueuse avec ou sans ulcération; 2° dans toute la seconde période de la même maladie; 3° dans l'engorgement de l'utérus avec augmentation de poids et de volume de l'organe; 4° dans la régression incomplète avec ou sans

métrite, avec rétro ou antéflexion; 5° dans l'hypertrophie récente du col utérin.

V. — L'ignipuncture est contre-indiquée : 1° au commencement de la première période de la métrite parenchymateuse, période très douloureuse; 2° dans la congestion hémorrhagipare, ainsi que dans la congestion passive avec ramollissement de l'organe; 3° dans les inflammations péri-utérines ou dans une inflammation des ovaires ou des trompes, ou encore, s'il y avait grossesse, il faudrait s'abstenir de l'application de l'ignipuncture.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.
- BODA. — Traitement de la métrite parenchymateuse chronique étudié surtout au point de vue de la cautérisation électrique. Paris, 1875.
- CARON. — Traitement de la métrite parenchymateuse chronique, étudié surtout au point de vue de l'ignipuncture. Paris, 1881.
- COURTY. — Traité pratique des maladies des femmes. Paris, 1882.
- COURTY. — De l'ignipuncture du col utérin dans le traitement de la métrite chronique. (Association française pour l'avancement des sciences. Session de Clermont-Ferrand, 1876.)
- CHÉRON. — Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes. Paris, 1879-80-81-82.
- DUBOIS. — De la rétroflexion dans ses rapports avec l'arrêt, involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement. Paris, 1881.
- FAUQUEZ. — De la métrite chronique, dans ses rapports avec l'arrêt d'involution après l'accouchement et l'avortement. Paris, 1879.
- GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1873.
- JOBERT DE LAMBALLE. — Mémoire sur la cautérisation, 1833.
- LEBLOND. — Annales de gynécologie. Paris, 1879.
- LARREY. — Clinique chirurgicale.
- NONAT. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1860.
- PERCY. — Pyrotechnie. Paris, 1811.
- OLLIVIER. — Annales de gynécologie, 1881.
- ROLLET. — Du traitement de la métrite chronique par la cautérisation au fer rouge, 1878.
- SCANZONI. — De la métrite chronique, traduit par le docteur Siefferman, 1864.
- SINÉTY. — Manuel pratique de gynécologie, 1881.
- TRAPENARD. — De l'ignipuncture, 1873.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulation du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine. Leur préparation. Caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Des hirudinées. Leurs caractères généraux. Leur classification. Des sangsues]: décrire les diverses espèces de sangsues.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — L'hypertrophie du cœur.

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable, pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée.

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu : le président de la thèse

Vu bon et permis d'imprimer,

BROUARDEL.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD.